

INFORMATION TILL INTYGSSKRIVARE

För att beviljas färdtjänst ska den sökande ha en funktionsnedsättning som är varaktig (minst tre månader). Den sökande ska ha väsentliga svårigheter att förflytta sig på egen hand och/eller resa med allmänna färdmedel. Enbart bristande tillgång till kollektiva färdmedel är inte skäl att bevilja färdtjänst (Lag om färdtjänst 1997:736).

Önskas ytterligare information, vänligen kontakta färdtjänsthandläggare på Flens kommun.

E-post: flenskommun@flen.se Telefontid måndag/tisdag kl. 10-12 telefonnummer 0157-43 00 00

För sjuk- och behandlingsresor samt resor till tandvård, hänvisas patienten till vårdgivaren.

Vid frågor kontakta sjukreseenheten, Region Sörmland, telefon 0155-24 73 57.

1. VAR GOD TEXTA

Intygsskrivares namn: _____ Arbetsplats: _____ Titel: _____ Adress: _____ Postnr, ort: _____	Patientens personnummer: _____ Namn: _____ Adress: _____ Postnr, ort: _____
Telefon: _____	
Besöksdatum: _____	Patientens telefon: _____
Utlåtande baserat på (flera alternativ kan anges): Undersökning vid besöket Telefonkontakt Journalanteckningar Personlig kännedom sedan år _____	

2. DIAGNOSER - FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Huvuddiagnos (om möjligt på svenska) som huvudsakligen motiverar behov av färdtjänst Sjukdomsdebut år: _____
Övriga diagnoser av betydelse för behov av färdtjänst

3. PATIENTENS SYNLIGA/DOLDA FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Konsekvens av den sökandes besvär. Beskrivning av symtombild, situationer då besvär förekommer.

4. BESKRIV VILKA SVÅRIGHETER/MÖJLIGHETER PATIENTEN HAR ATT RESA MED ALLMÄN KOLLEKTIVTRAFIK

Buss / tåg utan trappsteg (låggolvsfordon)	Buss / tåg med trappsteg
--	--------------------------

5. BESKRIV BEHANDLING/REHABILITERING KOPPLAD TILL HUVUDDIAGNOS

Genomförd: _____
Pågående: _____
Planerad: _____

6. SMÄRTA - VÄRK (KODER FÖR GRADERING AV SMÄRTA OCH VÄRK)

1=Lätt 2=Endast vid kraftig ansträngning 3=Redan vid lätt ansträngning 4=Kraftig smärta även i vila

kod	kod	Röntgenverifierat	kod	Röntgenverifierat
Höftled, höger: _____	vänster: _____	År: _____	Ländrygg: _____	År: _____
Knäled, höger: _____	vänster: _____	År: _____	Nacke: _____	År: _____
Vrist och fot, höger: _____	vänster: _____	År: _____		

7. VANLIGT FÖREKOMMANDE SYMTOM (OM DOM FINNS)

Yrsel:	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga	
Andningsbesvär:	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga	
Hjärtbesvär:	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga	
Nedsättning av syn:	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga	Synskärpa med eventuell korrigering Höger öga: ____ Vänster öga: ____ Har patient ledsyn? JA NEJ
Neurologiska sjukdomar:	Lätt Måttlig Grav	Beskriv art, frekvens samt påverkan på förflyttningsförmåga	
Eventuella hjälpmedel:	Stödkäpp/kryckor Rullstol, eldriven Servicehund Rollator/gåstol Elmoped Teknikkäpp Rullstol, manuell Övrigt: _____		
Förmåga att förflytta sig självständigt:	Att med eller utan hjälpmedel förflytta sig på egen hand. Maximal gångsträcka i meter, inklusive eventuella vilopausar. Med: _____ Utan: _____ Klarar antal trappsteg: _____		

8. BEDÖMNING

Ange huvudfunktionsnedsättningens beräknade varaktighet	_____ Månader	_____ År	Tillsvidare
Utgör funktionsnedsättningen att det är omöjligt att resa tillsammans med annan resenär vid färdtjänstresa?			
JA NEJ Om ja , specificera varför :			

Ofullständigt ifylld blankett återsänds för komplettering

DATUM: _____

Patienten har tagit
del av intyget: _____

Underskrift

INTYGSSKRIVARES UNDERSKRIFT

Utlåtande tillsammans med ansökan skickas till: **Flens kommun**

Färdtjänst, 642 81 FLEN